

Jenny Herrala 1103910

# Suullinen raportointi potilasturvallisuuden edistäjänä psykiatrisessa hoitotyössä

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK, SHS11S2AA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
19.4.2014

Tekijä Otsikko  Sivumäärä Aika	Jenny Herrala Suullinen raportointi potilasturvallisuuden edistäjänä psykiatrisessa hoitotyössä: katsaus kirjallisuuteen 21 sivua + 3 liitettä 19.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Niina Eklöf, lehtori Anu Leppänen, lehtori
<p>Tämä opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun mielenterveystyön hanketta ja aihe tutkia psykiatrisen hoitotyön raportointia saatiin Helsingin Psykiatriakeskuksesta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa edistävät ja heikentävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä. Työn tavoitteena oli kehittää psykiatrisen hoitotyön raportointikäytäntöä sekä edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Opinnäytetyö toteutettiin systemaattistyyppisenä kirjallisuuskatsauksena ja aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Aineisto kerättiin tieteellisistä tietokannoista, kuten Cinahl ja MedLine ja tutkittava aineisto koostui seitsemästä englanninkielisestä hoitotieteellisestä artikkelista.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että psykiatrisen hoitotyön suullisen raportoinnin potilasturvallisuutta edistävät ja heikentävät tekijät jakaantuvat kolmeen pääluokkaan: 1) ympäristötekijät, 2) raportin rakenne ja sisältö ja 3) ammatillisuus.</p> <p>Ympäristötekijät, kuten raporttitilaisuuden sijainti ja ajanhallinta vaikuttivat potilasturvallisuutta edistävästi, mikäli muun muassa raportille on riittävästi aikaa varattu ja se pidetään sopivassa paikassa. Keskeisenä heikentävänä tekijänä pidettiin muun muassa keskeytyksiä ja yhteisen ajan puutetta.</p> <p>Pääluokka raportin rakenteen ja sisällön alle muodostui seitsemän alaluokkaa, jotka edistävät potilasturvallisuutta; potilaan tunnistaminen, tiedon laatu, tieto toiminnan ohjaajana, kommunikaatio tiedonvälityksessä ja raportin rakenne. Raportin rakenteeseen ja sisältöön todettiin vaikuttavan myös mahdolliset yksikön suositukset, jotka yhdenmukaistivat raporttia sekä työvälineet, jotka toimivat muistin ja raportin sisällön tukena. Huomattavia potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä raportin rakenteessa ja sisällössä olivat muun muassa tiedon puute sekä raportin liiallinen pelkistäminen.</p> <p>Potilasturvallisuutta edistävässä tekijänä olivat raportin antajan ja vastaanottajan ammatillisuus, johon kuuluvat aktiivinen läsnäolo, raportin koulutuksellisuus sekä raportin ja oman työn merkityksen ymmärtäminen. Ammatillisuuteen liittyvät potilasturvallisuutta heikentävät tekijät jaoteltiin raportin antajan ja vastaanottajan asenteeseen sekä heikkoon yhteistyöhön raportilla.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää suunnitellessa ja kehittäessä psykiatrisen hoitotyön raportointia.</p>	
Avainsanat	raportointi, potilasturvallisuus, psykiatrinen hoitotyö

Author Title Number of Pages Date	Jenny Herrala An Oral Handover in Psychiatric Nursing: Is Patient Safety at Risk? 21 pages + 3 appendices 19.4.2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Niina Eklöf, Senior Lecturer Anu Leppänen, Senior Lecturer
<p>This bachelor thesis is part of Metropolia University of Applied Sciences mental health project and the subject to study handover of psychiatric nursing was given from The HUCH Psychiatry Centre. In this study handover is a verbal report between nurses when shifts change.</p> <p>The purpose of the thesis was to chart the promoting and inhibiting factors in handover that promotes patient safety in psychiatric nursing. The aim was to develop the handover practice in psychiatric nursing and promote evidence-based nursing. The thesis was made as a systematic literature review and the data was analyzed by using the methods of inductive content analysis. The data was collected from databases as Cinahl and MedLine and final data consisted seven articles of nursing science.</p> <p>The results showed that the promoting and inhibiting factors in handover that promotes patient safety in psychiatric nursing were 1) environmental factors, 2) the structure and content of handover and 3) the professionalism of persons who gives and receives the handover.</p> <p>Environmental factors promote the quality of handover if it was kept in suitable location and with reasonable amount of time. There were also environmental factors like interruptions which weakened the quality of handover and that way also affected negatively to patient safety.</p> <p>The factors that promoted patient safety are the structure and content of handover as also the unit's guidelines of handover and the different tools that help to remember and keeps the content of handover consistent. The inhibiting factors were also the structure and content of hand over, for example the lack of information and over-simplifying the handover. Active presence, understanding of the purpose of handover and your own work and the educational factor is part of the professionalism that promoted patient safety in handover. Inhibiting factors of patient safety in professionalism were poor teamwork and the attitude of the person who gives and receives the handover.</p> <p>These results may be used in psychiatric nursing when the handover practice is planned and developed.</p>	
Keywords	handover, patient safety, psychiatric care

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hoitotyön raportointi	2
2.1	Hoitotyön raportointi käsitteenä	2
2.2	Hoitotyön raportointi ja kirjaaminen	2
2.3	Suullinen raportointi	3
2.3.1	Potilaanvierusraportointi	4
2.3.2	Strukturoitu raportointi, SBAR	5
2.4	Muita raportointimuotoja	5
3	Potilasturvallisuus	6
3.1	Potilasturvallisuus ja sitä ohjaavat lait ja strategia	6
3.2	Potilasturvallisuus ja kommunikaatio	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	8
5	Toteutus ja menetelmät	9
5.1	Kirjallisuuskatsaus	9
5.2	Aineiston keruu	10
5.3	Aineiston analysointi	11
6	Tulokset	12
6.1	Ympäristötekijät	13
6.1.1	Potilasturvallisuutta edistävät tekijät	13
6.1.2	Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät	13
6.2	Raportin rakenne ja sisältö	13
6.2.1	Potilasturvallisuutta edistävät tekijät	14
6.2.2	Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät	15
6.3	Ammatillisuus	15
6.3.1	Potilasturvallisuutta edistävät tekijät	15
6.3.2	Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät	16
7	Pohdinta	16
7.1	Tulosten pohdinta	16

7.2	Luotettavuus	19
7.3	Eettisyys	20
7.4	Jatkotutkimusehdotukset	21
	Lähteet	22
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku -taulukko	
	Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit -taulukko	
	Liite 3. Sisällön analyysi -taulukot	

## 1 Johdanto

Hoitotyön raportoinnin systemaattisuuteen sekä sisältöön tulee panostaa potilasturvallisuuden sekä hoidon jatkuvuuden kannalta (Helovuori – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2012: 72). Raportointi on osa hoitotyön tiedonkulkua, joka on perustekijä turvallisen ja laadukkaan hoidon toteuttamisessa. Yleisiä potilashaittatapahtumien syitä ovat tiedonkulun katkeaminen tai tiedon väärintymmärtäminen prosessin eri rajapinnoissa. (Helovuori ym. 2012: 72; Friesen – Hughes – Zorn 2007.) Potilasturvallisuuden säilyttämisessä sekä kehittämisessä selkeä kommunikaatio ja avoimuus ovat keskeisiä tekijöitä (Turunen – Partanen 2008: 291). Psykiatrisen hoitotyön raportoinnista löytyy melko vähän tietoa, varsinkaan suomenkielistä, joten aiheen tutkiminen on tärkeää. Hoitotyön ja työajan tehokkuutta seurataan ja raportointi vie työaikaa päivässä jopa useita tunteja (Turtiainen 2005: 127–128), joten ilmiötä on tarpeen kehittää.

Opinnäytetyön aihe on saanut alkunsa Helsingin Psykiatriakeskukselta, jotka toivoivat lisätietoa raportoinnista. Tämän vuoksi hakuprosessiin on rajattu vain mielenterveys- ja psykiatriseen hoitotyöhön liittyvät tutkimukset. Aiheeksi valittiin tarkastella suullista raportointia potilasturvallisuuden edistäjänä psykiatrisessa hoitotyössä, koska suullinen raportointi on yleisin raportoinnin muoto psykiatrian kentällä (Psshp 2011: 36; Järvi ym. 2009: 50). Suullisella raportilla kuitenkin jää jopa 69 % tiedosta sanomatta, jolloin se on uhka potilaan hoidon jatkuvuudelle ja potilasturvallisuudelle. Hiljaisen raportin vastaanottaminen psykiatriin yksiköihin kuitenkin koetaan uhkana ilmapiirille sekä sen pelättään mahdollisesti vähentävän yhteistä potilaan tilan arviointia (Järvi ym. 2009: 52–53.), joten on tärkeää tietää kuinka perinteistä, suullista raporttia voitaisiin kehittää.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa edistävät ja heikentävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä. Työn tavoitteena on kehittää psykiatrisen hoitotyön raportointikäytäntöä sekä edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

## 2 Hoitotyön raportointi

### 2.1 Hoitotyön raportointi käsitteenä

Hoitotyön raportointi on hoitotyön tietojen siirtämistä työntekijältä toiselle, työvuorojen vaihteessa (Hallila 2005: 125). Hoitajien raportoinnilla on useita tehtäviä, kuten tiedottaminen, jossa korostuu potilaan hoidon tilanne erityisesti hoidon jatkuvuuden kannalta sekä yhteistyö omaisten kanssa. Raportointitilaisuudet ovat merkittäviä myös hoitajien sosiaalisen kanssakäymisen kannalta muun muassa sosiaalisen ja emotionaalien tuen sekä stressin purun työvälineenä. Tämän lisäksi tilaisuudella on hallinnollinen tehtävä työvuoron aikaisen työjaon kannalta sekä koulutuksellinen merkitys mm. potilasesimerkkien avulla. Raporteista pystytään erottamaan myös kolme eri vaihetta; pre-handover, ennen raportointia tapahtuvat toimenpiteet, varsinainen raporttitilaisuus sekä post-handover, raportin jälkeinen vaihe. Vaihe ennen raporttia koostuu vuorosta pääsevien hoitajien valmisteluista kuten, hoitosuunnitelmien päivittämisestä sekä tietojen koonnista muilta hoitajilta. Raporttitilaisuudessa vuorosta lähtevät hoitajat ovat pääroolissa ja antavat raportin käyttäen virallisia dokumentteja ja tilaisuudessa on mahdollisuus tiedon jakamiseen ryhmässä. Raportin jälkeisessä vaiheessa mm. vuoroon tulleet hoitajat keräävät lisätietoa omaisilta sekä kiertävät potilaiden luona. (Kerr 2002: 129–130.)

### 2.2 Hoitotyön raportointi ja kirjaaminen

Hoitotyötä ohjaavat muun muassa sosiaali- ja terveyspolitiikan linjaukset sekä lait ja ministeriön ohjeistukset. Hoitotyön raportointia ohjaavat erityisesti potilasasiakirjat sekä niitä varten asetetut lait. Kesällä 2007 astui voimaan laki asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), jonka tarkoituksena on edistää asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä sekä parantaa potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia. Tämä laki määrittelee sen, että kirjaamisen tulee olla sähköistä julkisissa hoitoyksiköissä.

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 §2)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) puolestaan määrää mitä hoitokertomuksen tulee sisältää ja muun muassa missä ajassa kirjaamisen tulee tapahtua hoidon päätyttyä.

Hoitotyön kirjaamiselle on asetettu muun muassa seuraavanlaisia laatukriteereitä: kirjaetaan vain hoidon ja potilaan kannalta oleelliset asiat eli kirjaamisen taloudellisuus ja selkeys. Kirjaamisen tulisi olla virheetöntä ja tarkkaa sekä perustua mahdollisimman tarkasti alkuperäislähteeseen esim. omaisen kertomukseen. Mikäli kirjataan omaa tai muun henkilön tulkintaa, tulisi sen näkyä kirjauksessa selkeästi mielipiteenä eikä faktana. Potilasasiakirjoista tulisi myös löytyä kaikki tieto hoitotyön päätöksenteosta, esimerkiksi miksi on annettu lääkettä. Kirjaamisen tulisi olla myös enemmän arviointia kuin toteamusta, esimerkiksi kuinka hoitotyön menetelmä on vaikuttanut kuin että todetaan että jotain tehty. (Hallila 1999: 18; Pekkala 2007: 53–54.)

Potilastietojen kirjaamisen tehtäviä ovat turvata potilaan tiedon saanti ja luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle. Muita tehtäviä ovat varmistaa hoidon seuranta ja toteutus sekä turvata potilaan hoidon jatkuvuus. (Lehti 2004: 4.)

### 2.3 Suullinen raportointi

Suullinen raportti käydään yleensä tietyssä tilassa, kuten hoitajien kansliassa ja raporttitilaisuudet ajoittuvat useimmin hoitajien työvuorojen vaihteeseen: aamu-, ilt- ja yövuorossa. Suullisen raportin potilaan tilasta ja hoidosta voi antaa potilaan vastuuhoitaja, työryhmän vastaava hoitaja tai osastonhoitaja. (Saranto ym. 2007: 158–160.)

Suullisella raportilla tarkoitetaan käytännössä sitä, että hoitotyötä toteutetaan muistinvaraiseen tietoon perustuen. Näin toimimalla kuitenkin vaarannetaan potilasturvallisuus sekä heikennetään hoitohenkilökunnan omaa oikeusturvaa. (Hallila 2005: 125.) Suullisen viestinnän muita ongelmakohtia ovat muun muassa vastaanottajan kyky ymmärtää viesti ja viestin sisältö (Lestinen – Hiltula 2005: 134; Saranto ym. 2007: 160) sekä se, että suullisen raportin sisältö on yleensä päällekkäistä jo kirjatun tiedon kanssa (Puumalainen – Långstedt – Eriksson 2003: 4).

Kirjallisuuden mukaan suullisen raportoinnin vahvuuksia ovat mahdollisuus vuorovaikutukseen kasvotusten sekä raportointitilaisuus joka antaa mahdollisuuden henkilökunnalle tilanteiden jälkipuintiin ja keskusteluun. Suullisella raportilla myös voidaan selven-



tää saatua informaatiota sekä se voi toimia koulutuksellisenä mahdollisuutena henkilökunnalle. Toisaalta suullisen raportin heikkouksiin luetaan mm. sen aikaa vievyys sekä tiiviistä raportista voi olla vaikea saada relevanttia tietoa. Annettu raportti potilaasta ja potilaan oikean tilan välillä voi olla epäyhteneväisyyksiä sekä myös suullisen raportin aistimuksellinen ylikuorma koetaan sen heikkouksiin. (Friesen ym. 2008: 2-290.)

Suullisen raportin tueksi on kehitelty muun muassa raportointilomake, joiden odotetaan edistävän suullisen raportin heikkoutta kommunikaatiota potilastietojen välityksessä, psykiatrisessa hoitotyössä. Lomakkeen odotetaan vähentävän raportointiaikaa sekä edistävän tietorikasta työympäristöä. Sen hyviä puolia ovat myös tehokkuuden lisääntyminen sekä potilastyytyväisyyden parantuminen, hoitajien ollessa enemmän perillä potilaan sen hetkisestä tilasta. Lomakkeen sisältö koostuu potilastietojen lisäksi, potilaan riskitiedoista, suunnitelluista hoitotoimenpiteistä, aikaisista vaaran merkeistä sekä lääkitystiedoista. Lomakkeista olisi tieto myös helposti löydettävissä. Lomakkeen käytössä on myös heikkouksia, mikäli lomaketta ei päivitetä tai sitä ei lueta. (Burleton 2013: 35–40.)

### 2.3.1 Potilaanvierusraportointi

Potilaanvierusraportointi on tullut yhä yleisemmäksi, jotta potilas voisi osallistua enemmän omaa hoitoansa koskevaan keskusteluun (Puumalainen ym. 2003: 5). Sitä toteuttaessa on tärkeä muistaa suojata potilaan yksityisyys raportteja pidettäessä potilashuoneissa (Saranto ym. 2007: 159; Lestinen – Hiltula 2005: 133). Potilaanvierusraportointi on tarkoituksenmukaista esimerkiksi, mikäli potilas on huonokuntoinen ja tarvitsee monitoroitua hoitoa, ylimääräisiä dreenejä ja katetreja tai monimutkaisia nestehoito- ja lääkehoitoja (Turtiainen 2005: 130).

Lestisen ja Hiltulan (2005) kehittämisprojektissa siirryttiin lääketiedepainotteisesta suullisesta raportoinnista potilaanvierusraportointiin, ajatuksena oli tehdä raportista potilaslähtöisempää. Potilaanvierusraportoinnilla tässä projektissa tarkoitettiin aamu- ja iltahoitajan välistä raporttia, joka koostui neljästä osasta: iltavuoron hoitajan tekemistä havainnoista sekä hänen esittämistä kysymyksistä, potilaan kertomisesta omasta voinnista sekä aamuhoitajan täsmennyksistä tarvittaessa potilaan kertomukseen. Tällä tavoin toivottiin parannusta muun muassa potilaan tiedonsaantioikeuteen ja osallistumiseen omaa hoitoa koskevissa päätöksissä sekä tätä myötä hoitomotivaatioon. Tämän lisäksi kehitystä odotettiin myös hoitajien vuorovaikutustaidoissa sekä haluttiin saada

hoitajien ammattitaidon hiljaista tietoa siirtymään toisille. Projektin päätteeksi potilaskyselyn ja hoitajille tehdyn kyselyn tulokset olivat niin hyvät, että potilaanvierusraportointi otettiin käyttöön osastolla. (Lestinen – Hiltula 2005: 134–136.)

### 2.3.2 Strukturoitu raportointi, SBAR

Maailman terveysjärjestö suosittelee strukturoidun raportoinnin käyttöä, SBAR -käytännön mukaisesti hoitotyön raportoinnissa (WHO 2007). SBAR on alun perin kehitetty 1990 –luvulla Yhdysvalloissa puolustusvoimien käyttöön, jonka jälkeen laajentunut ilmailualalle. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella ensimmäisenä SBAR:in otti käyttöön Kaiser Permanente -organisaatio Yhdysvaltojen Coloradossa. SBAR -kirjaimet koostuvat raportoinnin vaiheista: S = situation, jossa raportoijan tulee identifioida itsensä sekä potilas. S -kohdassa tulee kertoa myös syy konsultointiin / raportointiin sekä kuvailla potilaan nykytilanne sekä oleelliset vitaalielintoinnot. B = background kohdassa raportoidaan sen hetkisen tilanteen kannalta oleelliset potilaan sairaudet sekä toimenpiteet. A = assessment, tällöin raportoija arvioi hoidon tarpeen, jonka jälkeen kohdassa R = recommendation kerrotaan oma suositus toiminnasta. Systemaattisen raportin jälkeen tulee olla mahdollisuus vielä tarkentaviin kysymyksiin. Toimimalla yhdenmukaisesti, varmistetaan tärkeän tiedon siirtyminen sekä vältetään inhimillisiä virheitä, johtuen esim. väsymyksestä. (Helomaa ym. 2012: 207–208.) Tarkistuslistat antavat suojaa juuri näiden inhimillisten virheiden varalta ja rakentaa suojan näiden virheiden sekä potilaan hoitoon johtavien haittojen välille ja onnistunut vuorovaikutus vaikuttaa positiivisesti hoidon tuloksiin (Aaltonen – Rosenberg 2013: 291).

### 2.4 Muita raportointimuotoja

Hiljainen raportointi on hoitotyön kirjaamiseen perustuvaa tiedon välitystä (Turtiainen 2005: 126). Tällöin suullisen raportoinnin sijaan kukin hoitaja perehtyy omien potilaidensa kirjattuihin hoitosuunnitelmiin ja kirjaamisiin. Hiljainen raportointi on tullut mahdolliseksi hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittymisen myötä ja sen yhtenä ominaisuutena on kohdentaa tiedotusta tiivistetysti vain osalle henkilökuntaa (Saranto ym 2007: 162.) Hiljaisen raportoinnin tukena voidaan käyttää esimerkiksi potilaslistaa, josta löytyy valmiina hoidon kannalta olennaiset asiat (Turtiainen 2005: 128; Puumalainen ym. 2003: 5).

Puumalaisen ym. (2003) tutkimuksen mukaan kirjalliseen tiedonvälitykseen siirtymisen etuina ovat muun muassa se, että potilaille jää enemmän aikaa ja kirjaaminen parantuu. Suullista raporttia toivottiin kuitenkin tilanteissa joissa on uusia työntekijöitä ja opiskelijoita osastolla tai kun palataan lomalta töihin. Friesenin ym. (2008) mukaan hiljaisen raportin (written report) etuina ovat kirjaamisen parantumisen lisäksi tehokas johtaminen sekä se antaa tulevalle vuorolle mahdollisuuden tarkastella potilastietoja. Sen heikkouksina pidettiin sitä, että mahdollisuus kysymyksiin ja vastauksiin tulee rakentaa prosessiin sekä mikäli jokin elintärkeä asia on jäänyt kirjaamatta, ei seuraava hoitaja saa tietoa. Myös kirjaamisen laadun vaihtelu on hiljaisen raportin heikkous. (Friesen ym. 2008: 2-291.)

Nauhoitettu raportti (audiotaped report) on yksi raporttimuoto, jossa työvuorosta lähtevä hoitaja nauhoittaa raportin potilaasta (Chapman 2009: 22). Sen hyviä puolia ovat sen tehokkuus ja sen toistettavuus sekä se, ettei kaikkien ei tarvitse olla läsnä raportilla, vaan vuorosta lähtevä hoitaja voi viettää tämän ajan potilashoidossa. Tästä huolimatta, sillä on useita heikkouksia kuten, tarve nauhurille sekä mahdollinen vaikeus saada selvää nauhoitetusta puheesta. Tämän lisäksi nauhoitettu raporttimuoto ei tarjoa mahdollisuutta vuorovaikutukseen, jossa olisi tilaa kysymyksille ja vastauksille. (Friesen ym. 2008: 2-291.)

### **3 Potilasturvallisuus**

#### **3.1 Potilasturvallisuus ja sitä ohjaavat lait ja strategia**

Potilasturvallisuus käsittää hoitoturvallisuuden lisäksi myös laite- sekä lääketurvallisuuden. Potilasturvallisuus tarkoittaa myös erilaisia toimintoja ja periaatteita, jotka varmistavat hoidon turvallisuutta, niin että hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Helomaa ym. 2012: 13; STAKES - Rohto 2006: 6.)

Potilasturvallisuuteen kuuluu vaaratilanteiden estäminen ja inhimillisten virheiden ehkäisy hoitotyössä. Potilaan kuolemaan johtavia haittatapahtumia arvioidaan olevan vuositasolla noin 700 – 1700. Suomessa potilasturvallisuuden tilastointiin ei ole kansallista seurantatietoa, mutta muun muassa HaiPro -raportointijärjestelmä kerää tietoa potilasturvallisuutta vaarantavista tilanteista. (THL). Potilasturvallisuuden osana ovat

myös vaaratapahtumat, jotka vaarantavat potilaan turvallisuutta. Tämä voidaan jakaa haittatapahtumiin, josta potilaalle aiheutuu haitta sekä läheltä piti -tapahtumiin, jossa haitalta on välttytty. Haitta voi olla pysyvä tai tilapäinen ja sillä voi olla emotionaalinen, fyysinen, psyykkinen, taloudellinen tai sosiaalinen vaikutus. (STAKES - Rohto 2006: 5–7.)

Potilasturvallisuutta voidaan kehittää standardoimalla näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä sekä ottamalla käyttöön tarkastuslistoja. Tämän lisäksi tarvitaan asenteiden muokkausta, koulutusta sekä syyllistämätöntä ilmapiiriä virheistä oppimiseksi. (Aaltonen – Rosenberg 2013: 17–20.) On tutkittu, että suurin osa tapahtuneista haitoista voitaisiin estää, tutkimalla niihin johtaneita tekijöitä. Tämä vaatisi raportointijärjestelmän, joka ei etsisi syyllisiä vaan rakenteita ja järjestelmiä niiden taustalla. Mikäli virhe tapahtuu tulee siitä pystyä puhua avoimesti, niin hoitotiimissä, kuin kohteeksi joutuneelle potilaallekin. Tapahtuneen tunnustaminen rehellisesti sekä anteeksipyyttäminen ovat suositeltavia toimenpiteitä haitan jälkeen. Tämä kannustaa avoimeen ja syyttämättömään ilmapiiriin, joka voi osaltaan estää haittoja jatkossa. (Pasternack 2006: 2467–2469.) Potilasturvallisuuden edistäminen on myös taloudellisesti kannattavaa (STM 2009: 12).

Potilasturvallisuutta ohjaavat terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä lakia täydentävä sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011). Näiden lisäksi potilasturvallisuutta määrittelevät myös muun muassa tartuntatautilaki (583/1986) sairaalainfektioiden eston kannalta sekä lääketurvallisuutta Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Lääkepolitiikka 2020 sekä lääkelaki (395/1987). Pelastustoimiasetus (787/2003) määrää julkisten laitosten pelastussuunnittelusta sekä työturvallisuuslaki (23.8.2002/738) ohjaa puolestaan työnantajaa takaamaan turvalliset työolosuhteet. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuutta ohjaavat myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasvahinkolaki (395/1986) sekä laki terveydenhuollon ammattilaisista (559/194). Perustana potilasturvallisuustyölle toimii Kansallinen Potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Strategian tavoitteena on yhtenäinen potilasturvallisuuskulttuuri sekä vaikuttava ja turvallinen hoito. Strategiassa käsitellään potilasturvallisuutta neljästä eri näkökulmasta: johtaminen, vastuu, säädökset sekä turvallisuuskulttuuri. (Potilasturvallisuutta taidolla 2011: 10–11.)

### 3.2 Potilasturvallisuus ja kommunikaatio

Kommunikaatio-ongelmat ovat myötävaikuttajina jopa 65 prosenttiin haittatapahtumista (Sandlin 2007: 289). Ammattiryhmien välinen yhteistyö ja sen toimivuus on siis potilasturvallisuuden kannalta tärkeää. Useiden tutkimusten mukaan hoitovirheiden taustalla ovat ihmisten välisiin suhteisiin liittyvät seikat sekä viestintä. (Aaltonen – Rosenberg 2013: 304.) Kommunikaation tehottomuuteen hoitotyössä voivat vaikuttaa muun muassa keskeytykset työssä, varovaisuus ja pelko ottaa asiaa puheeksi sekä työyhteisön hierarkkinen rakenne (Friesen ym. 2007). Garon (2011: 361) tutki hoitajien käsityksiä työympäristön kommunikaatiosta ja tulokset osoittivat että, potilasturvallisuuden ja paremman hoidon kannalta avoimen kommunikaation kulttuuri on avaintekijä. Tutkimuksessa korostettiin myös hoidon esimiehen roolia avoimuuden edistäjänä, niin että hoitajat uskaltavat puhua sekä tulevat kuulluiksi.

HUS:in potilasturvallisuusraportissa vuodelta 2012 neljänneksi suurin HaiPro - ilmoitusten määrä liittyi suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään ja niiden osuus vaarataapahtumista oli 22,5 %. Raportin mukaan tiedonkulkuun liittyvät tapaukset olivat lisääntyneet selvästi. (HUS 2012.) Tutkimusten mukaan virheisiin myötävaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa hoitotiimin ongelmat kirjallisessa yhteydenpidossa sekä puheyhteyksissä (Pasternack 2006: 2465).

Kommunikointia raportilla voi parantaa muun muassa toimimalla SHARE –suositusten mukaan standardoimalla raportin sisältö, käyttämällä apuvälineitä mahdollisuuden mukaan, kuten tarkistuslistat ja lomakkeet, antamalla mahdollisuuden vastaanottajalle kysyä ja varmistaa annettu tieto. Tärkeä tehtävä on myös esimiehen sitoutuneisuudella varmistaa kommunikoinnin laatu sekä organisaatiolla koulutuksen ja opetuksen mahdollistamisella onnistuneeseen raportointiin. (The Joint Commission 2012: 52.)

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa edistävät ja heikentävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyössä haetaan vastauksia kysymyksiin:

1. Mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa edistävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä?
2. Mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa heikentävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä?

Työn tavoitteena on kehittää psykiatrisen hoitotyön raportointikäytäntöä sekä edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

## 5 Toteutus ja menetelmät

### 5.1 Kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tunnistetaan ja kerätään jo olemassa olevaa tietoa, arvioidaan kyseisen tiedon laatua sekä yhdistellään tutkimuksien tuloksia ilmiöstä kattavasti (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39). Järjestelmällisessä katsauksessa tutkittava aineisto muodostuu laadukkaista, yksittäisistä artikkeleista, joista on tavoitteena tehdä luotettava yhteenveto (Hovi ym. 2011: 37). Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa tietyltä aihealueelta ja yleensä katsaus tehdään vastauksena tiettyihin kysymyksiin, tutkimusongelmiin. Kirjallisuuskatsauksen teko edellyttää, että aiheesta on jo jonkin verran tutkittua tietoa, jotta tietoa voidaan koota. Kirjallisuuskatsauksien kautta on mahdollista hahmottaa kuinka paljon tutkimusta on tietystä aiheesta sekä tutkimuksen laatu ja niiden menetelmät. Hoitotieteessä katsausten yleisyys on alkanut 1990 –luvulla ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on levinnyt yhä näyttöön perustuvan toiminnan myötä (Leino-Kilpi 2007: 2; Johansson 2007: 3–4.)

Tämän opinnäytetyön menetelmänä on systemaattistyyppinen kirjallisuuskatsaus, joka koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hakuprosessista, valinnasta ja laadun arvioinnista, sisällönanalyysista sekä tulosten esittämisestä (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 38–43). Tutkimussuunnitelmassa kuvataan aineiston keruun menetelmät sekä kriteerit, joiden perusteella aineisto valitaan. Tämä tapa mahdollistaa toistettavuutta sekä tutkimuksen päivittämistä. Tutkimuskysymyksen määrittelyn jälkeen alkaa systemaattinen tiedonhaku ja asiasanojen määrittely. Katsauksen viimeisessä vaiheessa yhdistetään tuotetut tulokset esimerkiksi mallin avulla tai narratiivisena yhteenvetona (Hovi ym. 2011: 37–38; Johansson ym. 2007:

101–106.) Kirjallisuuskatsaukset ovat siis tarpeellisia välineitä kokoamaan jo tutkittua tietoa, mutta myös osoittamaan lisätutkimuksen tarvetta eri alueilla (Ääri – Leino-Kilpi 2007:109).

## 5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aihe on saanut alkunsa Helsingin Psykiatriakeskukselta, jotka toivoivat lisätietoa raportoinnista. Tämän vuoksi hakuprosessiin on rajattu vain mielenterveys- ja psykiatriseen hoitotyöhön liittyvät tutkimukset. Aiheeksi valittiin tarkastella suullista raportointia potilasturvallisuuden edistäjänä psykiatrisessa hoitotyössä. Suullinen raportointi on yleisin raportoinnin muoto psykiatrian kentällä (Psshp 2011: 36; Järvi ym. 2009: 50), joten aihe rajattiin tutkimaan sen potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

Analysoitava aineisto kerättiin käyttämällä tietokantoina Mediciä, Cinahlia sekä Medlinea ja hakusanoina käytettiin muun muassa seuraavia: ”raportoi\*”, ”continuity of patient care”, ”communication”, ”nursing”, ”patient safety”, ”nursing records”, ”handover”, ”nursing information systems”, ”shift report”, ”psyc\*”, ”mielenterv\*” ja ”mental\*”. (liite 1)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu on systemaattista tiedonhakua, joka tarkoittaa järjestelmällistä, tarkasti rajattua ja määriteltyä tiedonhakuprosessia (Tähtinen, Helena 2007: 10). Tämän opinnäytetyön lähteinä käytettiin julkaistuja hoitotieteellisiä artikkeleita. Valittujen artikkeleiden tuli vastata tutkimuskysymyksiin ja olla luotettavasta lähteestä. Artikkeleiden tuli käsitellä työvuorojen vaihteessa tapahtuvaa raportointia psykiatrisen - tai mielenterveyshoitotyön näkökulmasta, kaiken ikäisten potilaiden hoitoyksiköissä. Aineistonkeruussa artikkeleiden sisäänottokriteereinä olivat lisäksi suomen ja englannin kieli sekä artikkeleiden luettavuus ilman maksua. Poissulkukriteereinä olivat yli kymmenen vuotta vanhemmat lähteet sekä artikkelit, jotka kuvaavat raportointia eri hoitoyksiköiden välillä. Tiedonhakuprosessi kuvattiin taulukon avulla, jolloin tiedonhaku on läpinäkyvää ja se on toistettavissa. (liite 1)

Artikkelit valittiin ensin otsikoiden perusteella ja mikäli otsikon perusteella ei selvinnyt vastasiko kyseinen artikkeli tutkimuskysymyksiin, luettiin tiivistelmä tarkkaan. Tiivistelmien lukemisen jälkeen koko artikkelit luettiin useaan kertaan ja näistä hyväksyttiin sisällöltään laadullisesti sopivat alkuperäistutkimukset, jotka muodostivat kirjallisuuskatsauksen analysoitavan aineiston (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 41–43.) Tiedonhaun

tuloksena ovat 8 artikkelia, joista lopulliseen analyysiin valittiin 7. Tämän jälkeen artikkelit luettiin ja niiden päätulokset taulukoitiin, jonka tarkoituksena oli saada kokonaiskäsitys valittujen tutkimuksien sisällöstä. Tutkimukset taulukoitiin yksinkertaistetusti jättäen niihin: tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi, maa, tutkimuksen tarkoitus, otos, menetelmä sekä päätulokset. (liite 2)

### 5.3 Aineiston analysointi

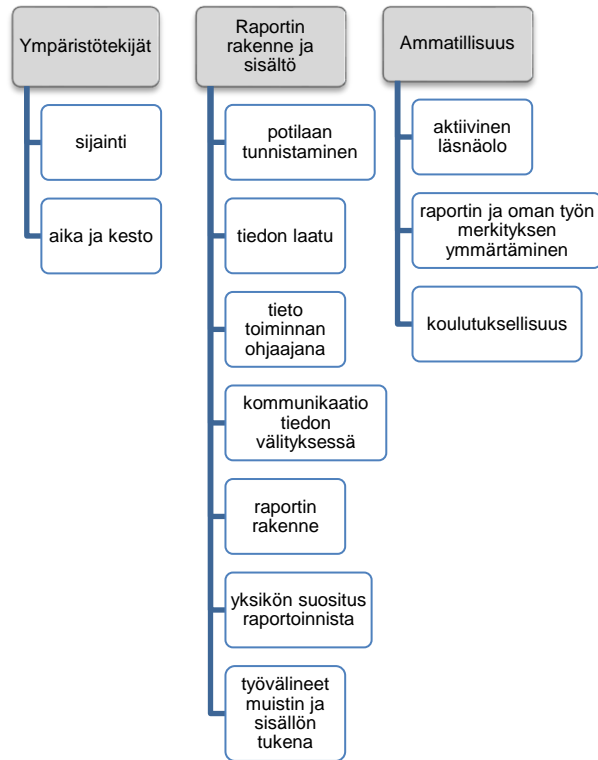
Analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysiä, jolla pyrittiin saamaan tutkittavasta aiheesta kuvaus tiivistetysti. Analyysiyksiköksi valittiin lause tai ajatuskokonaisuus, joita poimittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiä. Sisällön analyysin avulla analysoitiin dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Aineistoanalyysiin kuului kolme vaihetta, jotka olivat aineiston pelkistämisen lisäksi, aineiston ryhmittely alaluokkiin sekä yläluokkien nimeäminen. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4–10; Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 166–169.) Artikkeleista etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, joita löytyi vaihtelevasti. Ainoastaan yhdessä artikkelissa löydettiin vastauksia vain ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Aineisto luettiin useaan kertaan, ensin yleisesti ja sitten tutkimuskysymykset mielessä. Analyysiyksiköt merkittiin artikkeleihin, eri värein ja kirjattiin erilliselle paperille artikkeleittain. Analyysiyksiköihin jätettiin lähteen alkuperä. Kun artikkeleista oli etsitty analyysiyksiköt, suomennettiin ilmaukset ja tämän jälkeen ryhdyttiin aineiston pelkistämiseen. Pelkistämällä tarkoitetaan tutkimuskysymykseen liittyvien ilmaisujen koodausta aineistosta ja ryhmittelyssä yhdistettiin ne pelkistykset, jotka näyttivät kuuluvan yhteen ja ilmaisuille annettiin kyseistä alaluokkaa hyvin kuvaava nimi (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4–10). Ryhmittely toteutettiin leikkaamalla jokainen pelkistys omakseen ja sitten liimaten yhdisteltiin yhteen kuuluvat. Tämän jälkeen materiaali vietiin tietokoneelle omiin taulukoihinsa tutkimuskysymyksittäin ja tarkasteltiin useaan otteeseen, että luokat ja pelkistykset ovat tutkimuskysymyksiä vastaavia. Yläluokat muodostettiin kuvaamaan ryhmiteltyjä alaluokkia. (liite 3)

Yläluokkia muodostui kolme molempaan tutkimuskysymyksen ja alaluokkia potilasturvallisuutta edistäviin tekijöihin yhteensä kaksitoista (kuvio 1). Potilasturvallisuutta heikentävistä tekijöistä alaluokkia muodostui yhdeksän (kuvio 2). Tulokset kuvattiin muodostettujen kuvioiden kautta sekä sanallisesti ja ne kuvaavat onnistuneesti työn tarkoitusta.

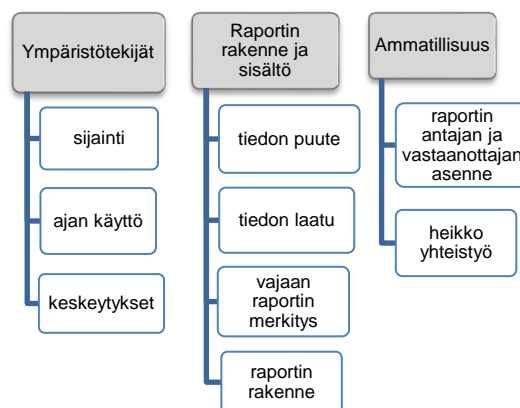


## 6 Tulokset

Potilasturvallisuutta edistävät ja heikentävät tekijät jakaantuvat kolmeen pääluokkaan: raportin rakenteeseen ja sisältöön, ympäristötekijöihin sekä ammatillisuuteen ja ne ovat kerrottuna seuraavissa kappaleissa pääluokittain. (kuvio 1 ja 2)



Kuvio 1. Potilasturvallisuutta edistävät tekijät suullisessa raportoinnissa psykiatrisessa hoitotyössä



Kuvio 2. Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät suullisessa raportoinnissa psykiatrisessa hoitotyössä

## 6.1 Ympäristötekijät

Ympäristötekijät potilasturvallisuutta edistävinä tekijöinä jakaantuivat kahteen alaluokkaan; raporttitilaisuuden sijaintiin sekä sen aikaan ja keston. Potilasturvallisuutta heikentävät puolestaan kolmeen alaluokkaan; ajan käyttöön, keskeytyksiin sekä sijaintiin.

### 6.1.1 Potilasturvallisuutta edistävät tekijät

Raportin laatuun vaikuttivat positiivisesti ympäristötekijät, kuten raporttitilaisuuden sovitto, harkittu, sopiva sijainti, joka ei ollut hoitajien kanslia vaan joku muu luottamuksellinen tila (Cleary ym. 2009; Hunt ym. 2012; Yonge 2008). Sijainnin lisäksi raportin laatuun ja potilasturvallisuuteen vaikuttavat myös ennalta sovittu ajankohta raportille sekä riittävä aika sen pitämiseen. Raportointiprotokollan standardisoimista pidettiin tärkeänä, kuten sille asetettu tietty ajankohta sekä arvio raportin kestosta. (Cleary ym. 2009; Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012.)

### 6.1.2 Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät

Suullisella raportilla potilasturvallisuutta heikentävät ympäristötekijät olivat: ajan käytön ongelmat, keskeytykset sekä raporttitilaisuuden sijainti. Ajankäytölliset ongelmat olivat yhteisen ajan puute työvuorojen vaihteessa, joka johti kiirehtimiseen sekä epäjohtomukaiseen ajankäyttöön. Raportin aikataulussa pysyminen koettiin myös ongelmalliseksi raportin usein alkaessa liian myöhään tai sen venyessä yli määrätyn ajan. (Hunt ym. 2012; McCloughen ym. 2008).

## 6.2 Raportin rakenne ja sisältö

Pääluokka raportin rakenteen ja sisällön alle muodostui seitsemän alaluokkaa, jotka edistävät potilasturvallisuutta suullisella raportilla psykiatrisessa hoitotyössä ja ne ovat potilaan tunnistaminen, tiedon laatu, tieto toiminnan ohjaajana, kommunikaatio tiedonvälityksessä, raportin rakenne sekä yksikön suositukset raportista että työvälineet muistin ja sisällön tukena. Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät ja alaluokat raportin

rakenteessa ja sisällössä ovat tiedon puute, tiedon laatu, vajaan raportin merkitys sekä raportin rakenne.

### 6.2.1 Potilasturvallisuutta edistävät tekijät

Raportin sisällön merkitys tuli esille muun muassa potilaan selkeän identifikaation ja taustatietojen esille tuomisessa raportilla (Chee Lien – Rajni –Premarani 2013; Hunt – Marsden – O’Connor 2012). Potilasturvallisuuden edistäjänä nähtiin myös tiedon laatu, johon kuului tiedon priorisointi, tiedon riittävyys sekä riskitietojen merkitys potilasturvallisuutta ennaltaehkäisevästi (Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012). Potilaan hoidon ohjeiden tarkkuus ja lausahdukset yleisestä ilmapiiristä auttoivat työn suunnittelua sekä tällöin raportilla annettu tieto toimi toimintaa ohjaajavan tekijänä, esimerkiksi voidaanko järjestää ryhmätoimintaa, jos osasto on kovin kuormittunut sillä hetkellä. (Deacon – Cleary 2013; McCloughen – O’Brien – Gillies – McSherry 2008). Tapa, jolla tieto välitettiin, oli merkittävä tekijä raportin laadun parantajana. Myös kommunikaation tehokkuus ja selkeys annettaessa tehtäviä seuraavaan vuoroon edistivät potilasturvallisuutta. (Cleary – Walter –Horsfall 2009; Hunt ym. 2012.) Suullisen raportin strukturointi sekä raportin rajaaminen vain sillä hetkellä tarvittavaan, tarpeelliseen tietoon edisti raportin sujuvuutta ja ymmärrettävyyttä (Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012).

Raportin rakenteeseen ja sisältöön liittyivät myös työvälineet, joita käytetään raportoinnilla tukemaan raportin sisältöä sekä olemaan muistin tukena. Raportin tallentaminen sekä nauhoittaminen niille, jotka eivät ole paikalla vuoronvaihteen raportilla sekä SBAR-menetelmän käyttö paransivat tiedon välitystä ja näin myös potilasturvallisuutta (Cleary ym. 2009.; Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012.) Tämän lisäksi dokumentointivälineet, raportointilomakkeen käyttö sekä työvälineet, jossa olisi yhteenveto potilaan tiedoista, paransivat osaltaan tiedonvälitystä. Tutkimusten mukaan ylipäätään teknologian sisällyttäminen raportointiin, kuten elektronisesti täytetyt lomakkeet toimisivat muistin tukena ja näin edistäisivät potilasturvallisuutta (Chee Lien ym. 2013; Cleary ym. 2009; Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012.)

Yksikön suositukset raportoinnista eli raportin sisällöstä, menetelmistä sekä vastuista ja näiden suositusten saatavuus varmistaisivat raportoinnin yhdenmukaisuutta, joka osaltaan edistäisi potilasturvallisuutta. (Cleary ym. 2009; Hunt ym. 2012; McCloughen ym. 2008). Tämän lisäksi todettiin, että suositus parantaisi myös hoitajien luottamusta ja pystyvyyttä antaa tehokas raportti (McCloughen ym. 2008).

### 6.2.2 Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät

Merkittävimpana heikentävänä tekijänä oli tiedon puute, joka esiintyi muun muassa potilaan tunnistamisen vajavuutena, sisällön yleisessä vähyydessä ja puutteellisuudessa sekä riskitietojen puutteena. Tämän lisäksi raportilla annettu vaihteleva ja epätarkka potilastieto vähensivät suullisen raportin laatua. (Hunt ym. 2012; McCloughen ym. 2008; Millar – Sands 2012.) Annetun tiedon laatu oli ongelmakeskeistä ja annetut ohjeet tarvittavasta hoidosta epäselkeitä. Aiheessa pysymisen ja ytimekkyyden puuttuminen heikensivät myös osaltaan tiedonvälitystä. (Cleary ym. 2009; McCloughen ym. 2008; Yonge 2008.) Todettiin, että raportin tiiviys ja sen runsas pelkistäminen voi johtaa siihen, ettei raportointi tarjoa mahdollisuutta kriittiseen arviointiin ja reflektointiin, joten sitä pidettiin raportin laatua heikentävänä seikkana. Toisaalta vajaa raportti esimerkiksi yöhoitajalle lisäsi turvallisuusriskiä, koska yöllä muutenkin avunsaaminen olisi hitaampaa sekä yö-aamuhoitajien vajaassa raportissa on se vaara, että seuraava työn tekijä jatkaa pelkistettyä raportointia eikä etsi lisätietoa (McCloughen ym. 2008; Millar – Sands 2012.) Raportin rakenteen puute ja suunnittelemattomuus koettiin voivan johtaa pitkänomaisiin raportteihin ja aukkoihin potilastietojen vaihdossa. Tämän lisäksi rakenteen puute antoi raportin pitäjälle päätösvallan mistä raportoi, kenestä ja kuinka pitkään, joka osaltaan heikensi potilasturvallisuutta ja raportin laatua. (Cleary ym. 2009; McCloughen ym. 2008.)

## 6.3 Ammatillisuus

Ammatillisuuden merkitys potilasturvallisuuden edistäjänä suullisessa raportoinnissa jakaantui kolmeen alaluokkaan: aktiiviseen läsnäoloon, raportin ja oman työn merkityksen ymmärtämiseen sekä koulutuksellisuuteen. Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät jakaantuivat kahteen alaluokkaan, jotka ovat raportin antajan ja vastaanottajan asenne sekä heikko yhteistyö.

### 6.3.1 Potilasturvallisuutta edistävät tekijät

Ammatillisuuteen liittyvistä potilasturvallisuutta edistävästä tekijöistä havaittiin tärkeiksi varmistaa keskeisten työntekijöiden osallistuminen raportille. Myös läsnäolijoiden aktiivisuus, kuten kyseleminen, kuullun varmistaminen sekä muiden läsnäolijoiden rohkaisu

ja mukaan ottaminen nousivat esille tutkimuksissa tärkeänä osana onnistunutta tiedonvälitystä. (Cleary ym. 2009; McCloughen ym. 2008.)

Raportin merkityksen ymmärtäminen tärkeänä osana toimintaa sekä oman yksilöllisen panoksen antamisen arvostusta pidettiin raportin laatua edistävänä tekijänä. Oman yksilöllisen panoksen merkitys oli tärkeää, jotta asioita pidettiin tarpeeksi merkittävinä tuodakseen kyseisiä asioita esille raportilla. (McCloughen ym. 2008.)

Potilasturvallisuutta suullisessa raportoinnissa edistävät osaltaan sen koulutuksellisuus; raportti toimi tiedon vahvistajana kaikille läsnäolijoille sekä ammatillisen kokemuksen kasvamismahdollisuutena hoitotyön opiskelijoille (Deacon – Cleary 2013; Yonge 2008).

### 6.3.2 Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät

Ammatillisuuteen liittyvissä tekijöissä asenteet ja oletukset muiden tiedoista kuten se, että oletettiin vastaanottajien tuntevan potilaat ja tietojen olevan jo yleisesti tiedossa, heikensivät tiedonvälitystä. Tämän lisäksi myös vastaanottajan asenne ”ettei tarvitse tietää kuin pakolliset tiedot” heikensivät potilasturvallisuutta suullisessa raportoinnissa (McCloughen ym. 2008; Millar – Sands 2012.)

Hunt ym. (2012) mukaan huono yhteistyö henkilökunnan välillä raportilla, sekä epäarvostuksen tunne raporttiprosessissa ja tunne, ettei ole vaikutusvaltaa tiimin päätöksiin heikensivät onnistunutta raportointia ja potilasturvallisuutta.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten pohdinta

Suullisen raportoinnin ollessa osa vankka osa psykiatrisen ja mielenterveystyön hoitoprosessia (Psshp 2011: 36; Järvi ym. 2009: 50), on tarpeen tietää millä tavalla se palvelisi parhaiten sen tarkoitusta eli hoidon jatkuvuuden takaamista ja näin potilasturvallisuuden varmistamista (Helovuori ym. 2012: 72; Friesen – Hughes – Zorn 2007). Tämän työn tavoitteena oli kehittää psykiatrisen hoitotyön raportointikäytäntöä ja analysoida

aineisto tuotti vastauksia tutkimuskysymyksiin edellä kuvatusti. Analysoitava aineisto tuotti enemmän potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä, joka on linjassa myös siihen, että raportin ongelmakeskeisyyttä pidettiin raportin laatua heikentävänä tekijänä (McCloughen ym. 2008).

Suullisen raportin tulisi välittää tarpeeksi potilastietoja, nykyisestä tilanteesta, tietoa priorisoiden. Potilas tulisi tunnistaa raportilla koko nimellä, riskitiedot tulisi välittää ja annettujen ohjeiden tulisi olla selkeitä. (Chee Lien ym. 2013; Deacon – Cleary 2013; Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012). Raportti toimii työn suunnittelussa tärkeänä työvälineenä ja sen perusteella voidaan suunnitella toimintaa, joka toimii parhaiten osaston kokonaistilanteen kannalta, potilasturvallisuutta vaarantamatta. (Deacon – Cleary 2013; McCloughen ym. 2008). Tulosten mukaan myös raportin sisällön strukturointi ja raportin rajaaminen oleelliseen tietoon paransivat raportin laatua (Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012), joten yksikön suositus raportoinnista varmistaisi yhdenmukaisuutta. Jotta voitaisiin välttää raportoinnin epä johdonmukaisuudet ja raportin antajan päätösvallassa oleva sisältö, tulisi organisaation tarjota raportin antajalle suositus suullisen raportin sisällöstä, menetelmästä ja vastuista, jotta voitaisiin toteuttaa laadukasta raportointia ja edistää potilasturvallisuutta. (Cleary ym. 2009; McCloughen ym. 2008). Raportin sisällön ja rakenteen lisäksi ympäristötekijöillä todettiin olevan merkitystä, joten organisaation tulisi myös varmistaa näytön perusteella mahdollisimman sopivat puitteet raportointiin, niin että raportointia voisi suorittaa työajalla ja niin että paikalle pääsisi mahdollisimman moni. Raportoinnille tulisi olla oma, riittävä aika ja luoda puitteet, jossa olisi mahdollisimman vähän keskeytyksiä (Cleary ym. 2009; Hunt ym. 2012; Millar – Sands 2012). Kommunikaation tehottomuuteen hoitotyössä on todettu vaikuttavan muun muassa keskeytykset työssä (Friesen ym. 2007), jotka myös tämän katsauksen perusteella heikentävät potilasturvaa raportoinnilla (Hunt ym. 2012; McCloughen ym. 2008). Kuten aikaisempi tutkimus toteaa, kommunikaatio-ongelmat ovat myötävaikuttajina jopa 65 prosenttiin haittatapahtumista (Sandlin 2007: 289) ja niin myös tämän katsauksen perusteella tapa, jolla tieto välitettiin sekä kommunikaation tehokkuus ja selkeys, oli merkittävä tekijä raportin laadun parantajana (Cleary – Walter –Horsfall 2009; Hunt ym. 2012).

Viiden analysoitavan tutkimuksen mukaan tiedonvälitystä voitaisiin parantaa erilaisin työmenetelmin, kuten käyttämällä raportoinnissa SBAR -menetelmää, joka pystyttäisiin muokkaamaan yksikön tarpeita vastaavaksi. Tämän lisäksi todettiin, että käyttämällä esimerkiksi lomakkeita, tulisi esille oleellinen tieto sekä se parantaisi riskitietojen väli-

tystä. (Millar – Sands 2012.) SBAR -menetelmän ja tarkistuslistojen suositeltavuus potilasturvallisuuden edistäjänä on linjassa myös aikaisempiin tutkimuksiin (Helomaa ym. 2012: 207–208; Aaltonen – Rosenberg 2013: 17–20, 291) ja soveltuu näiden tulosten valossa myös psykiatrisen hoitotyön kentälle. Tulokset työvälaineiden käytöstä ovat samankaltaisia kuin Burletonin (2013) tutkimuksessa, raportointilomakkeen käyttöönotosta ja näin vahvistaa tiedon sen hyödyllisyydestä raporttiprosessissa. Tällä voitaisiin myös välttää suullisen raportin heikkoutta, jonka on todettu olevan sen muistin varaiseen tietoon perustuminen (Hallila 2005: 125).

Suppeampana osana tuloksia tulivat esille tekijät, joihin henkilöt, jotka antavat ja vastaanottavat suullista raporttia voivat vaikuttaa teoillaan ja arvoillaan. Potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä nähtiin raportin merkityksen ymmärtäminen tärkeänä osana potilaan hoidon jatkuvuutta ja oman työn arvostamista. Mikäli ymmärtää tiedonvälityksen tärkeyden ja raporttitilaisuuden perustehtävän, voi toteuttaa myös laadukasta raportointia. Tämän lisäksi työntekijän tulisi arvostaa oman yksilöllisen panoksen antamista, niin että tehdyt hoitointerventiot tuotaisiin esille. (McCloughen ym. 2008.) Aktiivisella läsnäololla raportilla voidaan varmistaa esimerkiksi että tieto on ymmärretty oikein ja kysytään asioita, jotka ovat epäselviä. Huono yhteistyö ja tunne, ettei ole vaikutusvaltaa tiimissä voi johtaa huonompaan tiedonvälitykseen ja tätä kautta potilasturvallisuuteen sitä heikentävästi. (Hunt ym. 2012; McCloughen ym. 2008.) Olettamukset ja asenteet voivat vaikuttaa osaltaan tiedonvälitykseen ja raportin vajavuuteen. Raportin antajan tulisi välttää olettamuksia, että jokin tieto on kaikilla tiedossa, mutta raportin vastaanottajan myös tulisi olla vastaanottavainen tiedolle, huolimatta siitä onko tulossa yö- vai aamuvuoroon.

Parhaimmillaan raportointi toimii myös koulutuksellisenä tilaisuutena, jossa tieto vahvistuu osallistujien kesken ja sillä annetaan myös hoitotyön opiskelijoille ammatillista kokemusta, joten tämänkin vuoksi tulisi olettamuksia ja suositusten vastaisia käytäntöjä välttää (Deacon – Cleary 2013; McCloughen ym. 2008; Millar – Sands 2012; Yonge 2008.) Koulutuksellisuus suullisessa raportoinnissa nähtiin vahvuutena myös aikaisemmassa Friesenin (2008) tutkimuksessa sekä koulutuksellisuuden on myös määritelly (Kerr 2002: 129–130) olevan osa raportoinnin tehtäviä.

Tulosten mukaan psykiatrisen hoitotyön suullisella raportoinnilla on potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä, jotka olivat ympäristötekijät, raportin rakenne ja sisältö sekä ammatillisuus. Vaikka analysoidut tutkimukset olivat ulkomaalaisia, ovat tutki-

mustulokset hyödynnettävissä Suomen olosuhteisiin ja ovat suurilta osin yhteneväisiä aikaisempaan tutkimukseen (Friesen ym. 2008: 2-289). Käytännössä tulokset tarkoittavat myös sitä, että tarvittaisiin riittävästi tietoa siitä millainen raportin tulisi olla, jotta voidaan toteuttaa laadukasta raportointia ja varmistaa hoidon jatkuvuus. Tämän työn tulokset tuottivat tietoa siitä kuinka raportti voi edistää potilasturvallisuutta ja näitä tuloksia voidaan hyödyntää suunnitellessa ja arvioidessa psykiatrisen ja mielenterveys-hoitotyön raportointia. Nämä tulokset antavat myös kehykset sille minkälaiset puitteet organisaation tulisi tarjota sekä miten yksilö voi vaikuttaa suullisen raportoinnin onnistumiseen ja erityisesti potilasturvallisuuteen sen avulla.

## 7.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus noudatti tieteellisen tutkimuksen periaatteita perustuen tutkimussuunnitelmaan, olemalla toistettavissa ja pyrkimällä vähentämään virheitä, jotka muuttaisivat tutkimustuloksia tai päätelmiä (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39). Aineistonkeruu yksin tehtynä vähensi luotettavuutta kun ei ole kahta tai useampaa mieli-pidettä muun muassa aineiston rajaamisesta (Tuomi – Sarajärvi 2009:144; Kääriäinen – Lahtinen 2006: 41), mutta artikkeleiden mukaanottamista arvioitiin pitkään sekä ohjaajaa konsultoitin asiassa. Huolimattomasti tehty katsaus voi tuottaa epäluotettavaa, irrelevanttia tietoa, jolla ei arvoa hoitotyön kehittämisen kannalta (Pudas-Tähkä – Axel- lin 2007: 46), joten tässä opinnäytetyössä on pyritty huolellisuuteen joka vaiheessa. Tiedonhaulla löydetty artikkelit olivat kaikki englanninkielisiä, joka voi lisätä kieliharhaa käännösvirheiden osalta, mutta epäselviä kohtia on tarkennettu englanninkielen lehto- rilta ja näin parannettu luotettavuutta sen osalta. Tarkastelun alla olevista artikkeleista huomiota herättävä osuus oli myös toiselta puolelta maapalloa, jolloin voi luotettavuutta vähentää kulttuuriset erot hoitotyössä (Kankkunen ym. 2013: 93, 189), mutta mihin- kään räikeään eroavaisuuteen ei tuloksissa törmätty ja toisaalta tutkimukset ovat melko tuoreita, vuosilta 2008–2013, ja kuvaavat näin juuri tämänhetkistä tutkittua tietoa. Vaik- ka sisällönanalyysissä ei analysoitu artikkeleiden piiloilmauksia vaan ilmisisältöä, on silti mahdollista että tutkimuksen luotettavuus on heikompaa johtuen inhimillisestä, sub- jektiivisesta näkemyksestä analysointivaiheessa (Kyngäs – Vanhanen 1999: 10), mutta tulokset ovat pyritty kuvaamaan mahdollisimman tuloksia kuvaavasti, joka lisää tutki- muksen luotettavuutta. Luotettavuutta heikensi se, että kirjallisuuskatsaus on kirjoitta- jan ensimmäinen, joten prosessi oli entuudestaan vieras. Luotettavuutta on pyritty tuo- maan työhön, tutustumalla menetelmäkirjallisuuteen monipuolisesti ennen prosessia sekä sen aikana. Luotettavuutta opinnäytetyössä puolestaan lisäsi se, että hankkeiden



aiheet ovat ulkopuolelta määrättyjä eikä aihe tällöin ole täysin omista intresseistä lähtöisin, jolloin asiasta ei välttämättä ollut myöskään muodostunut niin vahvaa mielipidettä ja käsitystä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140.) Tutkimustulokset ovat sitä selkeämpiä ja luotettavia, mitä yksityiskohtaisemmin ne esitellään, joten tulokset ja analyysi ovat pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi. Luotettavuutta lisää osaltaan myös tutkimuksen kesto, joka on ollut lähes vuoden sekä asiantuntijapaneeliarvioinnit, jotka tässä prosessissa ovat seminaariopponoinnit. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 141–142.) Luotettavuutta tuo lisää se, että tiedonhaku, artikkeleiden päätulokset sekä analyysiprosessi ovat liitteenä työssä taulukoina.

### 7.3 Eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyys edellyttää, että tutkimusta tehdessä noudatetaan hyvää tunnustettua, tieteellistä käytäntöä ja sen mahdolliset loukkaukset voivat ilmetä muun muassa tutkimusvilppinä tai piittaamattomuutena (ETENE 2006: 3). Tutkittaessa myöskään toisen tekstiä ei plagioida ja sen varmentaminen suoritetaan plagioinnin tunnistusohjelmalla työtä tehdessä ja ennen julkaisua (Hirsjärvi ym. 2007: 26). Tutkimukseen liittyy useita eettisiä ongelmia, kuten rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus tulosten esittämisessä ja niiden arvioinnissa ja tätä työtä tehdessä on pyritty rehellisyyteen jokaisessa työvaiheessa parhaan mukaan (Hirsjärvi ym 2007: 24). Eettisyyttä kirjallisuuskatsauksessa on käyttää annettujen kriteerien mukaisia tiedonhaku-menetelmiä sekä viitata aikaisempiin tutkimustuloksiin puutteetta että raportoida totuudenmukaisesti tutkimustuloksista (Tuomi – Sarajärvi 2009: 133; Kyngäs – Vanhanen 1999: 10) ja tähän on pyritty opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa muun muassa huolellisten lähdeviitausten kautta. Tutkimustuloksia ei tule myöskään sepittää esimerkiksi aineiston puutteen vuoksi eikä analysoitaessa tule jättää pois kielteisiä tuloksia ja puutteita (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 224). Tutkimusetiikkaa on myös tutkijan itsensä kehittäminen sekä ohjaukseen hakeutuminen, jos ei itse tiedä kuinka toimia sekä varmistaa tutkimuksen hyödyllisyys (Vehviläinen – Julkunen 1997: 32–33). Prosessissa on hakeuduttu ohjaukseen sekä menetelmätyöpajoihin tarpeen vaatiessa pitkän prosessia useasti.

#### 7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Psykiatrisen hoitotyön raportointia aiheena on tutkittu jo jonkin verran, mutta kotimaista tieteellistä tutkimusta aiheesta ei juuri ole, joten jatkotutkimukselle löytyy tarvetta. Raportointia sekä kommunikointia voisi opettaa ja harjoitella myös sairaanhoitajakoulutuksessa enemmän, sen ollessa niin merkittävä potilasturvallisuuden osa. Jatkotutkimukselle olisi tilaa, muun muassa voisi tutkia hiljaisen raportin ja muiden raportointimuotojen mahdollisuuksista psykiatrisessa sekä mielenterveyshoitotyössä, joista tutkimuksia ei tähän opinnäytetyöhön löydetty. Jatkossa voisi tutkia myös kuinka rakenteinen raportointi, kuten SBAR, parantaisi tiedonvälitystä, mutta myös sitä kuinka se vaikuttaisi tiimityöskentelyyn ja reflektioon, potilaan tilan arviointiin yhdessä – paranisiko potilasturvallisuus?

## Lähteet

Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Burleton, Laurie 2013. Developing a community mental health nursing handover form. *Nursing Standard* 27 (39). 35–40.

Chapman, Kimberly 2009. Improving Communication Among Nurses, Patients and Physicians. Verkkodokumentti.  
<[http://www.nursingcenter.com/Inc/pdfjournal?AID=940556&an=00000446-200911001-00006&Journal\\_ID=&Issue\\_ID=>](http://www.nursingcenter.com/Inc/pdfjournal?AID=940556&an=00000446-200911001-00006&Journal_ID=&Issue_ID=>). Luettu 17.3.2014.

Chee Lien Poh – Rajni Parasuram – Premarani Kannusamy 2013. Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 11 (1). 26–32.

Cleary, Michelle – Walter, Garry – Horsfall, Jan 2009. Handover in psychiatric settings: is change needed? *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 47 (3). 28–33.

Deacon, Maureen – Cleary, Michelle 2013. The Reality of Teamwork in an Acute Mental Health Ward. *Perspectives in Psychiatric Care* 49 (1). 50–57.

Friesen, Mary-Ann – Hughes, Ronda – Zorn, Marcia 2007. Communication: Patient Safety and the Nursing Work Environment. *Nursing that Works*, edition 13.

Friesen, Mary-Ann – White, Susan – Byers, Jacqueline 2008. Chapter 34. Handoffs: Implications for Nurses. Teoksessa Hughes, Ronda G. (toim.): *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 2. Saatavilla sähköisesti osoitteessa* <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649/>>.

Garon, Maryanne 2012. Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management* 20 (3): 361–371.

Hallila, Liisa 2005. Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi. 125.

Hallila, Liisa 1999. Kirjaaminen ja dokumentointi. Teoksessa Hallila Liisa (toim.): *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 18.

Helovuori, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karoliina – Pennanen, Pirjo 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuus: potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hovi, Sirpa-Liisa – Saranto, Kaija – Korhonen, Teija – Korhonen, Anne – Holopainen, Arja 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhakua. *Tutkiva Hoitotyö* 9 (2). 37–38.

Hunt, Glenn – Marsden, R. – O'Connor, Nick 2012. Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19 (4). 310–318.

HUS. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusraportti 2012. Verkkodokumentti.

<[http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS\\_potilasturvallisuusraportti\\_2012.pdf](http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS_potilasturvallisuusraportti_2012.pdf)>.

Luettu 1.2.2014

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Solt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Turun yliopisto. 3–5, 101–106.

Järvi, Marika – Kulla, Minna – Liljeberg, Riku – Metsänsalo, Sanna – Tirkkonen, Maiju 2009. Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi – psykiatrisen hoitotyön alueen hoitajien näkemyksiä. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kerr, Micky 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing* 37 (2): 125–134.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3–12.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37–45.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Luettu 10.3.2014.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>>. Luettu 2.12.2013.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Luettu 9.3.2014.

Läkelaki 10.4.1987/395. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>>. Luettu 10.3.2014.

Lehti, Tuija 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (2). 4–9.

Leino-Kilpi, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Solt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Turun yliopisto. 2.

Lestinen, Pirjo – Hiltula, Tuula 2005. Potilaanvierusraportointi. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi. 132–145.

McCloughen, Andrea – O'Brien, Louise – Gillies, Donna – McSherry, Caroline 2008. Nursing handover within mental health rehabilitation: an exploratory study of practice and perception. *International Journal of Mental Health Nursing* 17 (4). 287–295.

Millar, Rebecca – Sands, Natisha 2012. 'He did what? Well that wasn't handed over!' Communicating risk in mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 20 (4). 345–254.

Pasternack, Amos 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122, 2459–2470.

Pekkala, Eila 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto, Kaija ym.: *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY. 53–54.

Pelastustoimiasetus 857/1999. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990857>>. Luettu 10.3.2014.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Julkaisu nro 75. Verkkodokumentti.  
<[https://www.psshp.fi/documents/11427/38955/julkaisu\\_nro75.pdf/cda4c865-6aa0-4c75-8055-6fd76bd41596](https://www.psshp.fi/documents/11427/38955/julkaisu_nro75.pdf/cda4c865-6aa0-4c75-8055-6fd76bd41596)>. Luettu 15.3.2014.

Potilasturvallisuutta taidolla 2011. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.  
<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>>. Luettu 10.3.2014.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari – Axelin, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Solt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Turun yliopisto. 46–57.

Puumalainen, Anne – Långstedt, Karin – Eriksson, Elina 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. *Tutkiva Hoitotyö* 1 (1). 4–9.

Rajanlahti, Elina – Saranto, Kaija 2011. Tiedonhallinnan osaaminen - haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 23 (4). 243–257.

Sandlin, Debbie 2007. Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 22 (4). 289–292.

Saranto, Kaija – Ensio, Anneli – Tanttu, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Stakesin työpapereita 28 / 2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>>. Luettu 10.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>>. Luettu 10.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)>. Luettu 12.2.2014.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Verkkodokumentti.  
<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>>. Luettu 10.3.2014.

Terveysturvalaki 30.12.2011/1326. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Luettu 10.3.2014.

THL. Terveysturva ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuus)>. Luettu 10.3.2014.

The Joint Commission 2012. Improving Patient and Worker Safety. Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation. Verkkodokumentti.  
<<http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>>. Luettu 27.2.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. ETENE:n julkaisuja 2006. Verkkodokumentti. <[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf)>. Luettu 20.10.2013.

Turtiainen, Tiina 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi. 126–131.

Turunen, Hannele – Partanen, Pirjo 2008. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen - läheltä piti tilanteista ja virheistä systemaattisesti oppiminen. Hoitotiede 20 (5). 291–292.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Verkkodokumentti.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>>. Luettu 10.3.2014.

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. 26–34.

WHO. Maailman terveysjärjestön julkaisuja 2007. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions (1) solution 3. Verkkodokumentti.  
<<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>> Luettu 10.2.2014.

Yonge, Olive 2008. Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 15 (1). 45–51.

Ääri, Riitta-Liisa – Leino-Kilpi, Helena 2007. Haasteita ja huomioitavaa kirjallisuuskatsauksen teossa. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Solt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Turun yliopisto. 109–120.

## Tiedonhaku -taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Hakukriteerit	Osumat	Hyväksytty otsikon perusteella	Hyväksytty tiivistelmän perusteella	Hyväksytty tekstin perusteella	Lopullinen aineisto
Medic	mielenter* AND raport*	2003-2013	2	1	0	0	
	psyk* AND raport*	2003-2013	20	0	0	0	
	"mental health" AND report*	2003-2013	6	0	0	0	
	"psykiatrinen hoitotyö" AND hoitomerkinnot	2003-2013	3	0	0	0	
	"psykiatrinen hoitotyö" AND viestintä	2003-2013	6	0	0	0	
	"psykiatrinen hoitotyö" AND hoitotiimi	2003-2013					
Ovid Nursing Database	psyc* AND handover*	2003-2013, English language	21	13	12	9	6
	"mental health" AND handover*	2003-2013, English language	14	10	9	ei uusia	
	shift report AND psyc*	2003-2013, English language	4	2	2	2	1
	shift report AND mental health	2003-2013, English language	3	2	2	ei uusia	
	nursing information systems AND psyc*	2003-2013, English language	4	0	0	0	
ESBCOhost, Cinahl	shift report AND psychiatric nursing	2003-2013, English language	4	1	1	ei uusia	
	"patient safety" AND psyc* AND handover*	2003-2013, English language	2	2	2	ei uusia	
	"patient safety" AND mental* AND handover*	2003-2013, English language	6	3	3	ei uusia	
			95	33	31	11	7



### Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Tekijät, vuosi, maa, numero	Tarkoitus	Kohderyhmä, otos	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Muuta
<p>Chee Lien Poh, Rajni Parasuram, Premarani Kannusamy 2013.</p> <p>Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project.</p> <p>Singapore (1)</p>	<p>Tutkia olemassa olevia raportointitapoja sekä määrittää niiden vahvuudet ja heikkoudet että tunnistaa, toteuttaa ja arvioida näyttöön perustuvaa raportointia</p>	<p>Kolmannen sektorin mielenterveys instituutti, 4 akuuttiosastoa, 212 raporttia</p>	<p>Tulokset kerättiin kahdessa ryhmässä: yksi ennen näyttöön perustuvan raportoinnin käyttöönottoa ja toinen 1kk implementoinnin jälkeen, havainnoida raporttitilaisuuksia ja nauhoittamalla ne. Raporttitilaisuudet arvioitiin perustuen 7 kriteeriin, jotka puolestaan perustuivat JBI:in PACES -ohjelmaan</p>	<p>Tulosten mukaan: 49% parannus yhdenmukaisten asiakirjojen käytössä raportilla, 74% kasvu potilaiden identifioimisessa raportin alussa, 31% kasvu asianmukaisessa potilaan historian raportoinnissa ja 18% kasvu yksityiskohtaisten potilashavaintojen huomioinnissa. NäPe - käytännön implementointi paransi merkittävästi raportointikäytäntöä.</p>	<p>4 eri havainnoitsijaa</p>
<p>Cleary, Michelle, Walter Garry, Horsfall Jan 2009.</p>	<p>Tarkastella raportointia ja miettiä kuinka sitä voisi käyttää optimaa-</p>	<p>Psykiatrinen hoitotyö</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Viidentoista lähteen perusteella tehty suositus raportoinnista.</p>	<p>Suullisen raportoinnin merkitys suuri ja sitä tulisi täydentää teknologialla kuten sähköisillä lo-</p>	

Handover in psychiatric settings: is change needed?,  Australia (2)	lisesti			makkeilla; parantaa tiedonvälitystä ja tiedon oikeellisuutta. Näiden yhdistelmä varmistaa tärkeän kasvokkaisviestinnän sekä lyhentää raportin pituutta.	
Deacon Maureen, Cleary Michelle 2013.  The reality of teamwork in an acute mental health ward.  Englanti (3)	Perehtyä mielisairaanhoidajien ammatillisiin toimintoihin ja yhteistyöhön akuutilla osastolla	Mielenterveystyön yksikkö, havainnoin kohteena 18 sairaanhoitajaa, 16 perushoitajaa	Tiimityön osallistuvaa havainnointia ja muistiinpanojen tekemistä 2 vuoden aikana, etnometodologinen näkökulma, kvalitatiivinen tutkimus	Kolme teemaa nousi analyysistä:  1) hoitajien jatkuva huomion kiinnittyminen ryhmätyöhön  2) raportointi  3) työryhmäpalaveri	Yksi henkilö keräsi aineiston, mutta 5 muuta tutkijaa ovat analysoineet aineistoa
Hunt Glenn, Marsden R., O'Connor Nick 2012.  Clinical handover in acute psychiatric and	Kuvata tämänhetkistä raportointikäytäntöä mielenterveystyön kentällä; akuutilla sekä terveyskeskus -tasolla	Terveystenhuollon henkilökunta, 380 kyselyä ja 40 raportointia	Tulokset kerättiin kahdessa osassa: kyselyllä ja havainnoinnilla raportointitilanteita. Kysely pohjautui aikaisempiin tutkimuksiin potilasturvallisuudesta ja havainnoijat olivat ulkopuolisia	Raportoinnin sisällön strukturointi ja raportoinnin dokumentointi parantaisivat tehokkuutta + negatiivisia ilmaisuja potilaista tulee välttää, ennakoluulot voi vaikuttaa hoitoon	Tarkkailija läsnä raportoinneilla, joka voi vaikuttaa luotettavuuteen

community mental health settings.  Australia (4)			terveydenhuollon ammattilaisia, jotka vastasivat 12 kysymykseen havainnoinnin perusteella. Kysymykset pohjautuivat näyttöön perustuvaan ohjeistukseen (AMA 2006)		
McCloughen Andrea, O'Brien Louise, Gillies Donna 2008. Nursing handover within mental health rehabilitation: an exploratory study of practice and perception.  Australia (5)	Tutkia uskomuksia ja käytäntöä suullisesta raportoinnista sekä tunnistaa mitä sen tulisi sisältää	Mielenterveys - kuntoutujien yksikkö 8 osastoa, julkisessa psykiatrisessa sairaalassa, hoitohenkilökunta, n = 8 raporttia, 21 haastattelua	Nauhoittamalla raportointeja 2kk ajalta sekä nauhoittamalla kasvotusten pidettyjä haastatteluja. Sisällönanalyysi. Kvalitatiivinen tutkimus	Suulliset raportit olivat usein alle tyydyttävällä tasolla; struktuurin ja yhdenmukaisuuden puute sekä rajallinen sisältö että niiden retrospektiivisyys ja ongelma-keskeisyys. Liian pelkistetty raportointi ei tarjoa mahdollisuutta reflektointiin ja kriittiseen arviointiin potilaan tilasta.	Nauhoitus raportoinneilla ilman tarkkailijaa ja sattumanvaraisesti valitut tilanteet
Millar Rebecca, Sands Natisha 2012.  'He did what? Well that	Tunnistaa riskitietojen kommunikoinnin yleisyys ja laatu raporteilla sekä menetelmät kuin-	Akuutti psykiatrinen yksikkö n = 20 raporttia	havainnoimalla raportteja kahden viikon ajan käyttäen 14-osaista WHO:n suositusten mukaista kriteeristöä. Data analy-	Riskitietojen välitys oli epäsäännöllistä ja tutkimuksen mukaan tulisi käyttää standardoitua raportointi työkalua kuten SBAR,	Yksi havainnoija, voi vaikuttaa toimintaan.

<p>wasn't handed over!' Communication risk in mental health.</p> <p>Australia (6)</p>	<p>ka kommunikoitiin</p>		<p>soitiin SPSS:llä.</p>	<p>jotta riskitiedot tulisi raportoitua asiaankuuluvasti.</p>	
<p>Yonge Olive 2007.</p> <p>Shift report: a ritual play on a residential adoles- cent psychiatric unit.</p> <p>Kanada, (7)</p>	<p>Kuvailla jokapäiväistä toimintaa osastolla, tuoda esille oletukset ja itsestään selvydet vuoronvaihteraportista sekä tarkastella tieto- lähteiden näkemyksiä, ajatuksia, odotuksia sekä kieltä suhteessa raportointiin</p>	<p>Nuorten psykiatrinen pitkäaikaisosasto</p> <p>kysely n = 11 havainnointi</p>	<p>12kk etnografinen tutkimus, johon sisältyi kysely, havainnoin- tia ja puolistrukturoituja haastat- teluja (=21) kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Vuororaportti on tärkeä kanava sosiaalisesta aspektista;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ryhmähenkeä kasvatta- va</li> <li>- antaa mahdollisuuden tuulettaa ja käsitellä tur- hautumisia, vihaa ja kärsimättömyyttä</li> <li>- vahvistaa tietämystä ja huojentaa taakkaa</li> <li>- terapeuttinen vaikutus</li> </ul>	

## Sisällön analyysi

Mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa edistävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä?

Alkuperäinen ilmaus käännettynä suomeksi	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
potilaan identifiointi (1)	identifikaatio	potilaan tunnistaminen	RAPORTIN RAKENNE JA SISÄLTÖ 1(2)
selkeä identifiointi (4)	selkeä identifikaatio		
koko nimi, diagnoosi, oireet (4)	potilaan taustatiedot		
riittävästi tietoa ihmiselle joka pitää raportti (jos muu kuin oma hoitaja) (6)	tiedon riittävyys	tiedon laatu	
päivitetty, korkea laatuinen tieto riskeistä (6)	riskitiedot	tieto toiminnan ohjaajana	
tietojen priorisointi (4)	tiedon prioriteetti		
tarkat ohjeet potilaan hoidosta (3)	ohjeiden tarkkuus		
lausahdukset yleisestä ilmapiiristä ”kiireinen” tai ”hiljainen” vuoro (esim. voiko suunniteltua terapeutista toimintaa järjestää osaston kokonaistilanteen kannalta) (3)	tieto työnsuunnittelua varten		
raportti auttaa suunnittelemaan tulevaa työtä (5)	työn suunnittelu	kommunikaatio tiedonvälityksessä	
tehokas kommunikaatio (2)	tehokas kommunikaatio		
selkeä kommunikaatio annettaessa tehtäviä seuraavaan vuoroon (4)	selkeä kommunikaatio		
suullisen raportin sisällön strukturointi (4)	sisällön strukturointi	raportin rakenne	
raportin rajaaminen tarpeelliseen tietoon (6)	tiedon rajaaminen		

2 (5)

suositus varmistaisi yhdenmukaisuuden (5)	suositus yhdenmukaistaisi raportointia	yksikön suositus raportoinnista	RAPORTIN RAKEN- NE JA SISÄLTÖ 2(2)
suositukset parantaisivat hoitajien luottamusta ja pystyvyyttä antaa tehokas raportti (5)	suositukset tehostaisivat raportointikäytäntöä		
tulisi olla selkeät suositukset: raportin sisällöstä, menetelmästä ja vas- tuista (2)	selkeät suositukset		
suositukset raportoinnista tulisi olla saatavilla (4)	suositukset saatavilla		
raportin tallentointi (4)	raportin tallentointi	työvälineet sisällön ja muistin tukena	
raportin nauhoittaminen niille ketkä eivät ole paikalla (2)	raportin nauhoittaminen		
yksinkertainen, strukturoitu työväline, jossa olisi yhteenveto potilastie- doista nykytilasta ja tarpeellisista toimenpiteistä (4)	työväline, jossa oleelliset tiedot		
standardoidun dokumentointivälineen käyttö raportoinnissa (1)	dokumentointiväline		
raportointilomakkeen käyttö lisää todennäköisyyttä potilaan riskitietojen välitykseen (6)	lomakkeen käyttö parantaa riskitietojen välitystä		
teknologian säisällyttäminen kun mahdollista kuten elektoronisesti täy- tetyt lomakkeet (2)	teknologian sisällyttäminen		
SBAR menetelmän käyttö (6)	SBAR menetelmä		

3 (5)

Alkuperäinen ilmaus käännettynä suomeksi	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
harkittu sijainti (2)	harkittu sijainti	raporttitilaisuuden sijainti	YMPÄRISTÖTEKIJÄT
sovittu paikka raportille (4)	sovittu sijainti		
joku muu paikka kuin hoitajien kanslia (4)	ei kanslia		
luottamuksellinen, mukava tila (7)	sopiva tila	aika ja kesto	
riittävä aika raportointiin (6)	riittävä aika		
sovittu aika raportille (4)	sovittu ajankohta		
standardisoida raportointiprotokolla; tietty ajankohta ja arvio sen kestosta (2)	standardoitu ajankohta ja arvio kestosta		

Alkuperäinen ilmaus käännettynä suomeksi	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
raportti tärkeä toiminta (5)	raportin merkityksen ymmärtäminen	raportin ja oman työn merkityksen ymmärtäminen	AMMATILLISUUS
oman yksilöllisen panoksen antamisen arvostaminen (tuodakseen asioita esille) (5)	työn arvostaminen		
läsnäolijoiden rohkaisu ja sisällyttäminen (2)	läsnäolijoiden rohkaisu ja mukaan ottaminen	aktiivinen läsnäolo	
varmistaa keskeisten työntekijöiden osallistuminen (2)	läsnäolijoiden osallistuminen		
raporttiin osallistujat aktiivisia; kyselevät, varmistavat kuullun (5)	läsnäolijoiden aktiivisuus		
hoitotyön opiskelijat saivat ammatillista kokemusta pitäessään raporttia (3)	ammatillinen kokemus	koulutuksellisuus	
vahvistaa tietämystä (7)	tiedon lisääminen		

4 (5)

Mitkä tekijät suullisessa raportoinnissa estävät potilasturvallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä?

Alkuperäinen ilmaus käännettynä suomeksi	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
sisällön puute (5)	sisällön puute	tiedon puute	RAPORTIN RA- KENNE JA SI- SÄLTÖ
tämänhetkinen potilaan tilan mainitaan lyhyesti ja yleisesti (5)	lyhyt ja yleinen potilastiedotus		
tiedon vähyys raportilla (6)	tiedon vähyys		
vähän riskitietojen välitystä (6)	riskitietojen vähyys		
tiedon epäoleellisuus (6)	epäoleellinen tieto		
annettujen potilastietojen määrä vaihteleva ja epätarkka (5)	potilastieto vaihtelevaa ja epätarkkaa		
vain etunimi identifioidessa (4)	tunnistaminen vajaa		
potilaiden tuttuus vähensi riskitietojen välittämistä (6)	riskitietojen vähyys		
tehdyt hoitointerventiot mainittiin harvoin tai epäselkeästi (5)	puutteellinen tieto		
epäselkeät ohjeet tarvittavasti hoidosta (5)	epäselkeä ohjeistus	tiedon laatu	
aiheessa pysymisen ja ytimekkyyden puuttuminen (7)	relevanttius		
ongelmakeskeisyys (5)	ongelmakeskeisyys		
tehoton raportointi (2)	tehottomuus		
tiivistetty ja pelkistetty raportointi ei tarjoa mahdollisuutta reflektointiin ja kriittiseen arviointiin (5)	pelkistetty raportti johtaa reflektoimattomuuteen	vajaan raportin merkitys	
yövuororaportin vajaavaisuus lisää riskiä koska muutenkin yöllä vähän hlökuntaa ja avun saanti hitaampaa (6)	vajaa raportti lisää turvallisuusriskiä		
yö-aamurapotti nopea, riski siihen ettei etsi lisätietoa ja jatkaa pelkistettyä raportointia (6)	vajaa raportti lisää riskiä jatkaa pelkistettyä raporttia		
erilaiset tavat pitää raporttia johtavat vähemmän kuvailevimpiin raportointeihin ja ovat vähemmän tarkkoja toisilla hoitajilla (3)	erilaiset tavat johtavat epätarkkuuteen	rakenne	
suunnittelemattomuus (5)	suunnittelemattomuus		
rakenteen puute (5)	rakenteen puute		
struktuurin puute, joka voi johtaa pitkänomaiseen raporttiin ja aukkoihin potilastietojen vaihdossa (2)	rakenteen puute		
raportin antajalla päätösvalta siitä mistä raportoi, kenestä ja kuinka pitkään (5)	päätösvalta raportin sisällöstä		



5 (5)

Alkuperäinen ilmaus käännettynä suomeksi	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
työvuorojen vaihteessa ei päällekkäistä yhteistä aikaa: kiirehtiminen (5)	yhteisen ajan puute	ajan käyttö	YMPÄRISTÖTEKIJÄT
epäjohtonmukaisuus ajankäytössä (5)	ajankäyttö epäjohtonmukaista		
raportti ei ala ajallaan tai ei lopu ajallaan (4)	raportti ei pysy aikataulussa		
ajan puute raportoinnilla (4)	ajan puute		
keskeytykset (5)	keskeytykset	keskeytykset	
liikaa keskeytyksiä (4)	keskeytykset		
sijainti: pieni, ruuhkainen ja yleinen tila (5)	epäsopiva sijainti	sijainti	

Alkuperäinen ilmaus käännettynä suomeksi	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
tuttuus, tutut potilaat: oletettiin että asiat ovat yleisesti tiedossa (5)	oletukset muiden tiedoista	raportin antajan ja vastaanottajan asenne	AMMATILLISUUS
asenne ettei tarvitse tietää ”kuin pakolliset” (6)	vastaanottajan asenne		
huono yhteistyö hlökunnan välillä raportilla (4)	huono yhteistyö	heikko yhteistyö	
epäarvostuksen tunne raportti prosessissa (4)	epäarvostuksen tunne		
ei vaikutusvaltaa tiimin päätöksiin (4)	ei vaikutusvaltaa tiimissä		